

266 n

ADENOCARCINOMA DE CÉLULAS RENAIIS

Luiz Paulo de Souza

Simone Beatriz Stopassolli

Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Medicina

Universidade Federal de Santa Catarina

Florianópolis - SC 1992/1

Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Curso de Graduação em Medicina
Departamento de Clínica Cirúrgica

ADENOCARCINOMA DE CÉLULAS RENAIS

Luiz Paulo de Souza
Simone Beatriz Stopassolli

Doutorandos da 12^a fase do Curso de Graduação em Medicina
Universidade Federal de Santa Catarina
Florianópolis - SC

orientador?

Florianópolis, setembro de 1992

INTRODUÇÃO

Em urologia, o adenocarcinoma de células renais constitui um desafio para o especialista tanto em seu diagnóstico oportuno como na indicação do seu correto tratamento.

Os tumores do parênquima renal ocupam o 13^o lugar em frequência entre todas as formas de câncer e são responsáveis por 3% dessas neoplasias, sendo na grande maioria adenocarcinomas de células renais (12, /14, /15, /16, 17).

Nos Estados Unidos esses tumores ocorrem em 1:25000 habitantes e no Brasil em 1:75000, já que a expectativa de vida do brasileiro é menor. Esse tipo de tumor incide principalmente após a 5^a década da vida e predomina no sexo masculino na proporção de 3:1 (15, /16).

Grawitz descreveu o adenocarcinoma de células renais em 1883, e observou a semelhança da cor amarela dos tumores com a córtex adrenal e sugeriu, com isto, que o mesmo poderia surgir de restos da adrenal. Com o progresso da microscopia observou-se que a maioria desses tumores originam-se de células epiteliais tubulares renais. Com isto a antiga denominação de hipernefoma tornou-se inapropriada, e então, a nomenclatura de carcinoma de células renais e adenocarcinoma de células renais passou a ser utilizada (17). O grau de diferenciação desses tumores é dado pela forma e dimensão das células e pleomorfismo nuclear nas áreas de maior indiferenciação. O prognóstico do paciente relaciona-se com o grau de diferenciação da neoplasia. A sua disseminação pode ocorrer por via linfática, hematogênica ou direta, de acordo com uma biologia celular própria, aberrante e muito pouco previsível (14, /15, /16, /17).

O estadiamento da lesão serve para definir a extensão da neoplasia e relaciona-se com o prognóstico do caso. É fundamental para se definir a

estratégia terapêutica frente à cada paciente (16).

O diagnóstico pré-operatório é realizado através de exames de imagiologia: urografia / excretora, / ultrassonografia / abdominal, arteriografia renal seletiva, tomografia computadorizada, cintilografia renal e ressonância magnética . Se após esses procedimentos, não houver certeza do diagnóstico, pode ser empregada a punção renal percutânea (6, 15, 16, 17).

Nos dias atuais, em que dispomos de melhores técnicas diagnósticas, o número de tumores renais vêm aumentando, pois são diagnosticados antes de manifestarem-se clinicamente, como achados ocasionais de exames rotineiros em pacientes assintomáticos (8/9,10).

O tratamento cirúrgico tradicional consiste na nefrectomia radical com remoção em bloco do rim acometido, da gordura peri-renal e da glândula adrenal. O esvaziamento ganglionar ainda é questionado (10, 18).

Objetivo.

MATERIAL E MÉTODOS

Prospectivo, Retrospectivo?

Para a realização deste trabalho, procuramos o Serviço de Anatomia Patológica do Hospital Universitário (HU) da UFSC, onde selecionamos os resultados de exames anátomo-patológicos com diagnóstico de adenocarcinoma de células renais, no período compreendido entre janeiro/86 a junho/92, resultando em 16 casos. Destes, somente 13 casos tiveram seus prontuários localizados no Serviço de Arquivo Médico e Estatística do HU (SAME).

O presente estudo tem por objetivo a revisão bibliográfica sobre adenocarcinoma de células renais em comparação à análise retrospectiva e

*isto é
análise*

histórica destes 13 casos que foram analisados considerando-se os seguintes parâmetros: faixa etária, sexo, manifestações clínicas, rim acometido, métodos complementares de investigação diagnóstica, estadiamento e tratamento proposto.

Os dados colhidos referentes aos itens acima citados foram sempre analisados em relação à internação do paciente, quando se diagnosticou o tumor renal, não sendo considerados os dados relacionados à evolução.

Para efeitos de estadiamento, foi usado o sistema proposto por Flocks e Kadeske, e posteriormente modificado por Robson & cols em 1969:

estadio 1: tumor confinado ao rim; gordura peri-renal, veia renal e gânglios linfáticos regionais, sem evidência de tumor.

estadio 2: o tumor envolve a gordura peri-renal, mas esta confinado dentro da fáscia de Gerota; veia renal e gânglios linfáticos regionais, sem evidência de tumor.

estadio 3: o tumor envolve a veia renal ou os gânglios linfáticos regionais, com ou sem envolvimento da veia cava ou gordura peri-renal.

estadio 4: metástases a distância, secundárias ao carcinoma, presentes na admissão, ou envolvimento pelo tumor de estruturas viscerais contíguas.

RESULTADOS

Tabela I: Relação entre faixa etária e sexo em um estudo de adenocarcinoma de células renais.

Faixa Etária	sexo				total	
	Masculino		Feminino			
	n ^o	%	n ^o	%	n ^o	%
< 40 anos	-	0,00	2	15,38	2	15,38
40 a 49 anos	1	7,69	-	0,00	1	7,69
50 a 59 anos	4	30,76	-	0,00	4	30,76
60 a 69 anos	5	38,46	1	7,69	6	46,15
Total	10	76,92	3	23,07	13	100,00

Fonte: SAME/HU

Tabela II: Manifestações clínicas em um estudo de adenocarcinoma de células renais.

Sinais e Sintomas	n ^o	%
Hematúria	7	53,84
Dor em flanco	9	69,23
Massa palpável	3	23,07
Emagrecimento	6	46,15
Disúria	3	23,07
Hipertensão	2	15,38
Astenia	2	15,38
Anemia	7	53,84

Fonte: SAME/HU

Tabela III: Métodos complementares de investigação diagnóstica em um estudo de adenocarcinoma de células renais.

Métodos	n ^o	%
Urografia excretora	8	61,53
Angiografia renal	6	46,15
Ultrassonografia	13	100,00
Tomografia computadorizada	3	23,07

Fonte: SAME/HU

Tabela IV: Estadiamento da neoplasia em um estudo de adenocarcinoma de células renais.

Grau	n ^o	%
1	3	23,07
2	6	46,15
3	3	23,07
4	1	7,69
Total	13	100,00

Fonte: SAME/HU

Tabela V: Tratamento cirúrgico realizado em um estudo de adenocarcinoma de células renais.

Tratamento	n ^o	%
Nefrectomia radical com incisão transversa supra umbilical em Chevron	10	76,92
Nefrectomia radical com incisão lombar (lombotomia)	3	23,07
Total	13	100,00

Fonte: SAME/HU

DISCUSSÃO

O adenocarcinoma de células renais ocorre mais frequentemente na faixa dos 50 - 70 anos (2, 13, 15, 16).

Dez casos (76,91%) do presente estudo encontram-se nesta faixa etária, como mostra a Tabela I, sendo 4 casos na 5ª década e 6 na 6ª década da vida. A ocorrência entre sexo masculino e feminino foi de 3,3:1, respectivamente, dados que se relacionam com os encontrados na literatura (16). A idade média dos pacientes foi de 54 anos, tendo o mais jovem 28 anos e o mais idoso 65 anos.

Nas doenças de um modo geral, mas principalmente nas malignas, o objetivo maior do médico é o diagnóstico precoce. No caso dos adenocarcinomas de células renais é importante estar alerta para os sinais e sintomas não relacionados diretamente com o tumor, pois é reconhecido como um dos grandes mimetizadores em medicina. Não se deve esperar encontrar a tríade clássica - hematúria macroscópica, massa palpável e dor lombar - para fazer o diagnóstico, pois ela só aparece em 8% dos casos e em geral tardiamente; sendo frequente o aparecimento de sintomas isolados (2, 4, 6, 13, 16).

Na Tabela II podemos observar que a hematúria foi encontrada em 7 casos (53,84%), dor lombar em 9 casos (69,23%) e massa palpável em 3 casos (23,07%). Nenhum caso apresentou a tríade clássica. Cerca de 46% (6 casos) apresentavam perda de peso acentuada, 3 casos (23,07%) com disúria e 7 casos (53,84%) com anemia.

Concordando com os dados da literatura, o rim mais acometido pela tumoração foi o direito, em 9 casos perfazendo 69,23% (2, 11, 15). Além dos sintomas e sinais que caracterizam o quadro clínico, podemos nos valer de vários métodos de exploração diagnóstica. Conforme Tabela III, 100% dos

casos aqui estudados realizaram a ultrassonografia - que é o exame inicial de escolha, pela facilidade de execução e por ser inócuo. Em 8 casos (61,53%) foi realizada a urografia excretora - exame que confirma, demonstra e elucida o diagnóstico quando alterações são observadas no raio-x simples (2, 6, 8, 13, 14). A angiografia renal, que foi realizada em 6 casos (46,15%), é um exame importante que leva o paciente à cirurgia com boa segurança diagnóstica para o cirurgião. Vai mostrar a característica principal do tumor que é o aumento de calibre da artéria renal e dos vasos neoformados de tamanhos irregulares (10, 11, 13, 14). A tomografia computadorizada foi realizada em 3 casos (23,07%) - quando ela é disponível sua ajuda é grande, porque além de diagnosticar a lesão renal é ótima para o estadiamento avaliando a extensão para a gordura peri-renal, invasão da fáscia de Gerota, veia cava ou presença de linfomegalias retroperitoniais (6, 13).

Registramos as alterações do hematócrito dos casos estudados, 7 casos (53,84%) apresentaram índices inferiores ao padrão de normalidade.

Os 13 pacientes estudados se apresentaram com maior frequência no estadio 2, com 6 casos (46,15%). Tanto no estadio 1 quanto no 3 encontramos 3 casos (23,07%); e por fim, 1 caso (7,69%) no estadio 4, conforme observamos na Tabela IV, dados estes que se equivalem aos da literatura (11, 17).

O tratamento cirúrgico permanece como o método mais eficaz para o adenocarcinoma de células renais, visto que outras modalidades terapêuticas, tais como a radioterapia convencional, quimioterapia e imunoterapia não alcançam o mesmo êxito (2, 5, 7).

A nefrectomia radical é tida ainda como a cirurgia de eleição para o adenocarcinoma de células renais, desde a década de 80. Esta terapêutica agressiva se justifica devido ao rim ser um órgão par e a retirada unilateral não trazer significativas seqüelas fisiológicas (2, 7, 8, 10).

Alguns autores mostram ser bastante eficaz a simples enucleação ou ressecção polar de pequenos adenocarcinomas de células renais, preservando o órgão, evitando assim o risco de desenvolvimento de um tumor contra lateral após a nefrectomia radical (1, 2, 7, 8, 9). Outros argumentam que há o risco de dano em adenocarcinomas multifocais, que têm uma incidência de 5 a 10% (6, 7, 9).

Nossa casuística, conforme Tabela V, mostra que todos os pacientes (100%) foram submetidos à nefrectomia radical, variando apenas o tipo de incisão para tal procedimento. Em 10 casos (76,92%) foi utilizada a incisão transversa supra-umbilical em Chevron, em 3 casos (23,07%) a incisão lombar - lombotomia (10, 11). Com a incisão tóraco-abdominal transperitoneal cumprem-se os 3 princípios básicos da oncologia: incisão ampla, ligadura precoce dos vasos renais e retirada em bloco do rim (3, 11, 17). A linfadenectomia atualmente ainda é discutida (2, 5, 7, 18).

CONCLUSÕES

Do presente estudo podemos concluir que:

1. A idade média dos pacientes estudados foi de 54 anos; acometendo mais os homens na proporção de 3,3:1 em relação às mulheres, acordando com o encontrado na literatura (2, 13, 15, 16).
2. Dentre as manifestações clínicas mais frequentemente encontradas destacamos: dor lombar em nove casos (69,23%), hematúria em 7 casos (53,84%) e massa palpável em 3 casos (23,07%). Nenhum caso apresentou a tríade clássica.
3. O rim direito foi o mais acometido, em 9 casos (69,23%).
4. A ultrassonografia abdominal foi usada como método complementar de diagnóstico em todos os casos.
5. Em 46,15% dos casos o estadiamento encontrado foi de grau 2, conforme classificação de Robson & cols.
6. A nefrectomia radical com incisão transversa supra-umbilical em Chevron foi o procedimento cirúrgico mais utilizado nos casos em questão, realizada em 10 casos (76,92%) também acordando com os dados encontrados na literatura (10, 11).

RESUMO

ADENOCARCINOMA DE CÉLULAS RENAIIS

Este estudo tem como objetivo uma revisão bibliográfica sobre adenocarcinoma de células renais através de análise retrospectiva e história de 13 casos de adenocarcinoma de células renais registrados no Serviço de Arquivo Médico e Estatística - SAME - do Hospital Universitário de Florianópolis, no período de janeiro/86 a junho/92, observando-se os seguintes parâmetros: faixa etária e sexo de maior incidência, as manifestações clínicas da doença, o rim mais frequentemente acometido, os métodos complementares de investigação diagnóstica mais utilizados, o grau de estadiamento da neoplasia e o tratamento cirúrgico proposto.

ABSTRACT

RENAL CELL CARCINOMA

This survey has for a major goal the bibliography review of renal cell carcinoma based on the retrospective analysis of the clinical records of 13 patients diagnosed with renal cell carcinoma, registered at SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística) - University Hospital, Florianópolis during an interval from January/86 till June/92. The following items were studied: the main age bracket and sex present in our sample, the clinical manifestations of the disease, the kidney most frequently involved, the methods of complementary investigation mostly used, the neoplasia staging and the surgical treatment proposed.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Lhotta, K.; Eberle, H.; Konig, P.; Dittrich, P. Renal function after tumor enucleation in a solitary kidney. *American Journal of Kidney Diseases* 17(3): 266-270, March 1991.
- 2 Ramon, J.; Goldwasser, B.; Raviv, G.; Jonas, P.; Many, M. Long terms results of simple and radical nephrectomy for renal cell carcinoma. *Cancer* 67(10): 2506-2511, May 1991.
- 3 Sugao, H.; Matsuda, M.; Nakano, E.; Seguchi, T.; Sonoda, T. Comparison of lombar flank approach and transperitoneal approach for radical nephrectomy. *Urologia internationalis* 46(1): 45, 1991.
- 4 Robbins, S. L.; Cotran, R. S.; Kumar, V. *Patologia estrutural e funcional*. Rio de Janeiro, 3^a edição, Editora Guanabara, 1986.
- 5 Wood, Jr., D. P. Role of linphadenectomy in renal cell carcinoma. *The urologic clinics of North America* 18(3): 421-426, August, 1991.
- 6 Steinbach, F.; Stockle, M.; Reidmiller, H.; Weingartner, K.; Hohenfellner, R. Tumor enucleation of renal cell carcinoma: Operative technique, DNA cytometry, results, complications. *Progress in Clinical and Biological Research* 370: 1-7, 1991.
- 7 Selli, C.; Lapini, A.; Carini, M. Conservative Surgery of Kidney Tumors. *Progress in Clinical and Biological Research* 370: 9-17, 1991.
- 8 Becht, E.; Moll, V.; Mast, G.; Ziegler, M. Organ-preserving surgery in renal cell carcinoma - change of the therapeutical concept. *Urologia Internationalis* 47(supl.1): 143-146, 1991.
- 9 Graber, P. Partial nephrectomy for renal carcinoma. *Urologia Internationalis* 47(4): 213-215, 1991.
- 10 Provet, J.; Tessler, A.; Brown, J.; Golimbu, M.; Bosniak, M.; Morales, P. Partial nephrectomy for renal cell carcinoma: indications, results and implications. *The journal of urology* 145: 472-476, March 1991.
- 11 Griffo, F^o., C.; Vargas, D. F.; Cabello, P. R.; Cerutti, B. E. Tumores del riñon. *Revista chilena de urología* 49(2): 62-65, 1986.

TCC
UFSC
CM
0266

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CM 0266
Autor: Souza, Luiz Paulo
Título: Adenocarcinoma de células renais



972800344

Ac. 253446

Ex.1 UFSC BSCCSM

- 12 Martinez, S. C. Adenocarcinoma renal avanzado. Conducta terapéutica. *Revista chilena de cirurgia* 39(2): 103-106, 1987.
- 13 Menezes, L. A. C.; Magalhães F^o, F. J. F.; Santos, R. A.; Alves, K. F.; Piza, E. T.; Gianini, S. H. A.; Brun Jr, W. J. Carcinoma de células renais. *Pratica Hospitalar* 4(7): 6-11, 1989.
- 14 Valenzuela, A. A.; Cabezon, F. A. Adenocarcinoma renal - estudio clínico y seguimiento. *Revista chilena de urologia* 52(2): 166-169, 1989.
- 15 Contreras, A.; Susaeta, R. Tumores renales: revision de trece años (1974-87). *Boletin del Hospital San Juan de Dios* 35(1): 12-16, 1988.
- 16 Srougi, M.; Simon, S. D. Câncer urológico. São Paulo, Gráfica Platina, 1990.
- 17 Gorgen, R. C.; Koff, W. J. Estudo retrospectivo de 37 pacientes com tumor renal. *Jornal brasileiro de urologia* 6(2): 95-97, 1980.
- 18 Herrlinger, A.; Schrott, K. M.; Schott, G.; Sigel, A. What are the benefits of extended dissection of the regional renal lymph nodes in the therapy of renal cell carcinoma?. *The journal of urology* 146: 1224-1227, November 1991.
- 19 Brandina, L. Manifestações sistêmicas do carcinoma de células renais. *Jornal brasileiro de urologia* 6(3):175-177, 1980.

Seu o SaGello, so faltou a referencia
no Brasil 1:75000 -> expectativa de vida?
ausencia do diagrama

Pode mudar o valor pelo follow up
superavies do objetivo com os
resultados, foi que ~~for~~ seu follow up
As tabelas tem que ser autoexplic-
ativas

E' mais comum usar 01-70, 71-80

Realizar a ~~observacao~~ ^{observacao} junto com
matrizes, mapas de apresentacao
nos bores ^{estatisticas} estatisticas

As condicoes ^{problemas} ser
atualizado em 1 So:

nos estudos ^{anexos} anexos com
a literatura

Referencias Bibliograficas erradas